GROSSESSE EXTRA UTERINE

DR. ZENIBAA

DR . ZERMI

I. INTRODUCTION:

1.Définition:

Implantation de l'œuf en dehors de la cavité utérine

Au niveau de la trompes, ovaires, cavité abdominale

2.Interet:

- ***Fréquence*** **: en augmentation, vu la recrudescence des salpingites, le recours à la chirurgie tubaire et la contraception par DIU**

- ***Gravité :***

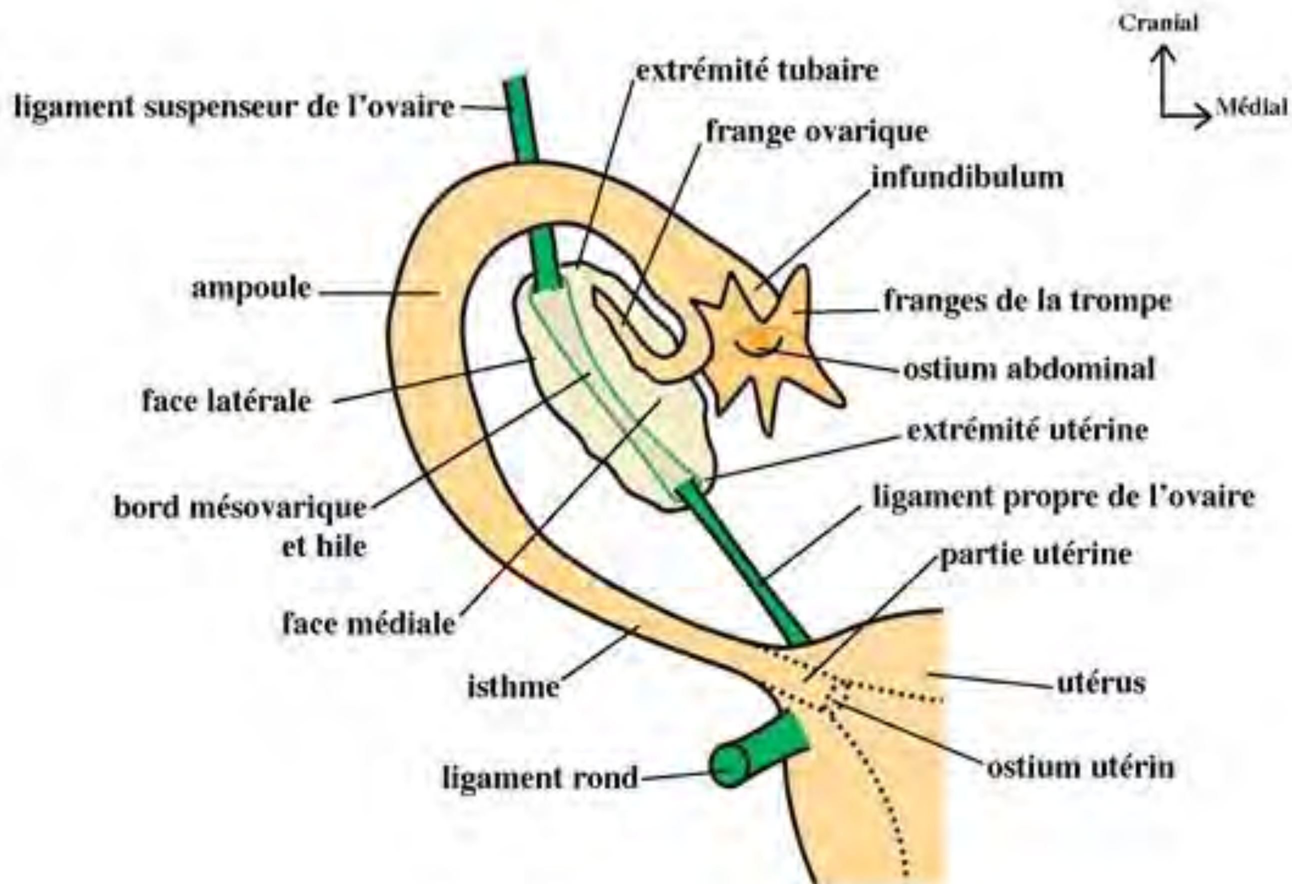
première cause de mortalité maternelle au T1

Compromet la fertilité des patientes

- ***Diagnostic*** **: souvent difficile , basé sur le couple B-HCG et écho endovaginale**

  La coelioscopie dg n'a plus de place

- ***Traitement*** **: arsenal thérapeutique large : de l'abstention au trt chirurgical radical en passant par le trt médical**



Ovaire et trompe utérine
(vue ventrale)

II. PHYSIOPATHOLOGIE:

a. Rappel physiologique :

devenir normal de l'œuf fécondé

- fécondation au niveau du 1/3 ext. de la trompe

l'œuf fécondé arrive au niveau de l'utérus en 3 à 4j, la zone pellucide avasculaire empêche le contact direct avec la muqueuse tubaire

il reste libre dans la cavité utérine 2 à 3 jours

- au 6jours post ovulatoire, disparition de la mne pellucide et implantation de l'œuf, quelque soit l'endroit ou il se trouve

au 10 jours post- ovulatoire : sécrétion d' HCG

Condition du transport tubaire

Activité des cellules ciliées du pavillon rabattant l'œuf vers l' ostium

Liquide tubaire provenant de la transsudation vasculaire et des cellules épithéliales créant un contre courant gênant la progression de l'œuf.

Activité musculaire de la trompe et du mésosalpinx avec :

Fibres longitudinales ext. :péristaltisme faisant progresser l'œuf vers l'isthme

Fibres circulaires int. :isthmique, véritable constriction annulaire sous forme de sphincter

Fibres musculaires du mésosalpinx : mouvements pendulaires

Rôle du sphincter isthmique :

❖en post ovulatoire immédiat :

augmentation des œstrogènes → augmentation teneur en PGF2 fermeture de l'isthme

augmentation du flux tubaire

diminution de l'activité des cellules ciliés

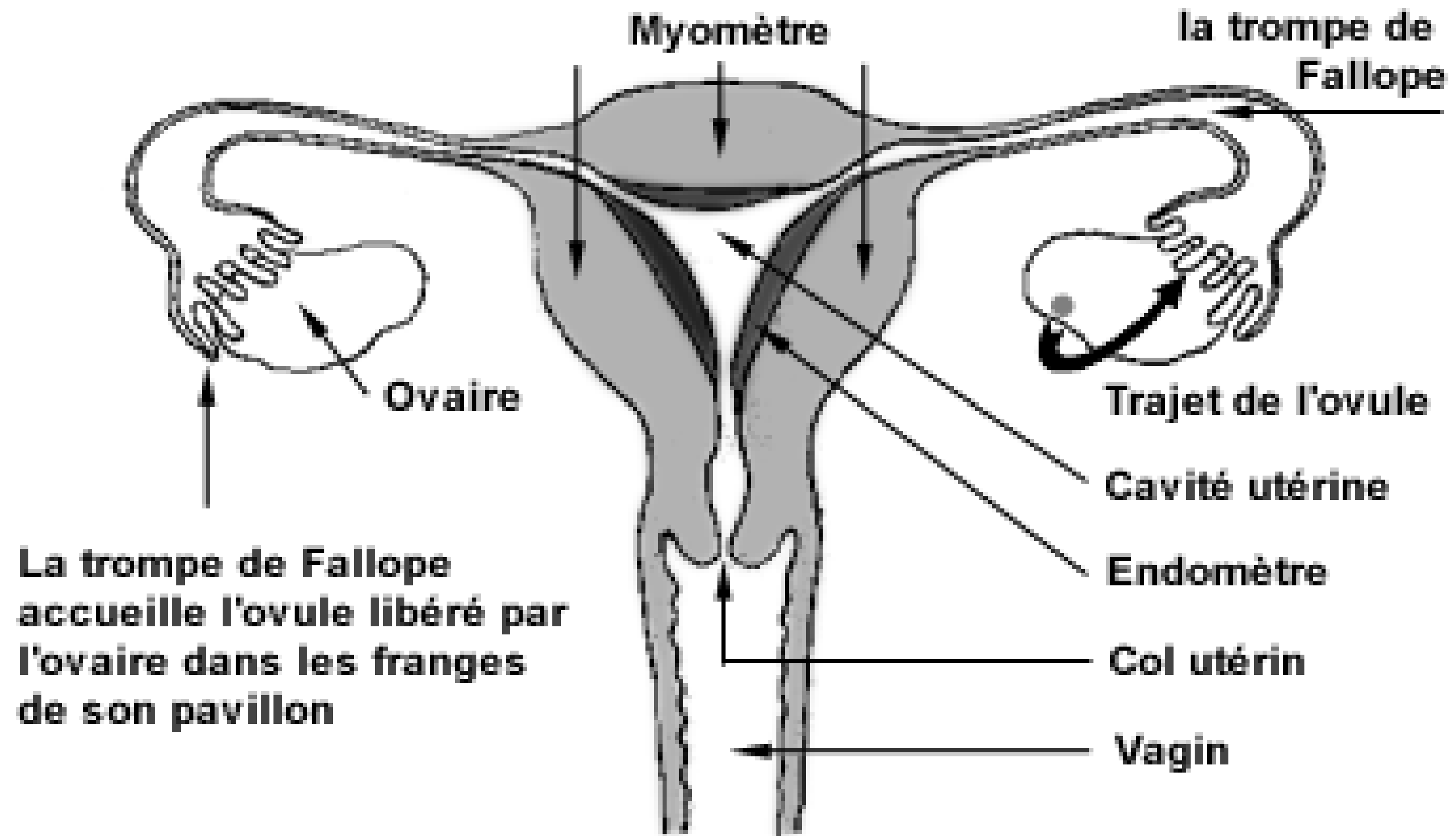
l'œuf jeune séjourne 72h au niveau de la jonction ampullo - isthmique

❖a la fin de j3 post ovulatoire :

l'œuf franchit l'isthme grâce à l'augmentation de la progestérone→ augmentation de PGE→ ouverture

diminution du flux liquide

augmentation de l'activité des cellules ciliées


Utérus et Annexes
Vue schématique, Coupe longitudinale
Myomètre
la trompe de Fallope
Ovaire
Trajet de l'ovule
Cavité utérine
Endomètre
Col utérin
Vagin
La trompe de Fallope accueille l'ovule libéré par l'ovaire dans les franges de son pavillon

b. Etiopathogénie:

b.1 :théorie etiopathogénique

1.retard de captation ovulaire :

la fécondation s'effectue dans la cavité péritonéale → nidation avant l'arrivée dans la cavité utérine

2.retard de transport de l'œuf

-Séquelle d'infection spécifique ou non spécifiques:

Limitation de mobilité tubaire par adhérence ou fibrose de paroi tubaire

Déciliation de la muqueuse tubaire

Synéchie intra tubaire

-Autres lésions tubaires: diverticule congénital, crypte glandulaire d'endométriose, fibrome, kyste

3.reflux tubaire

Théorie décrite en 63 :

sous l'effet de perturbation hormonale, le blastocyste est renvoyé dans la trompe 6 à 7 j après l'ovulation à une date ou le trophoblaste est un tissu particulièrement agressif : ce qui explique la GEU après FIV

b.2. FDR et étiologies

Infection à chlamydia trachomatis responsable de séquelles inflammatoire

Tabagisme actif ou passif par diminution de l'activité contractile des trompes

Endométriose tubaire

Tuberculose génitale

Causes iatrogènes :

-Chirurgie tubaire : chirurgie conservatrice de GEU, chirurgie de la stérilité tubaire : anastomose TT sur trompe saine

-Contraception hormonale : pilule micro dosée : action inhibitrice sur les contractions membranaire

-Pilule du lendemain : teneur augmentée en œstrogène spasmolytique au niveau de l'isthme

-DIU : x 10 le risque de GEU

-Inducteurs de l'ovulation et PMA :perturbation hormonale(clomid) puis de reflux tubaire, la gravité de PMA réside dans le fait que 1% des grossesse obtenues sont hétérotopiques

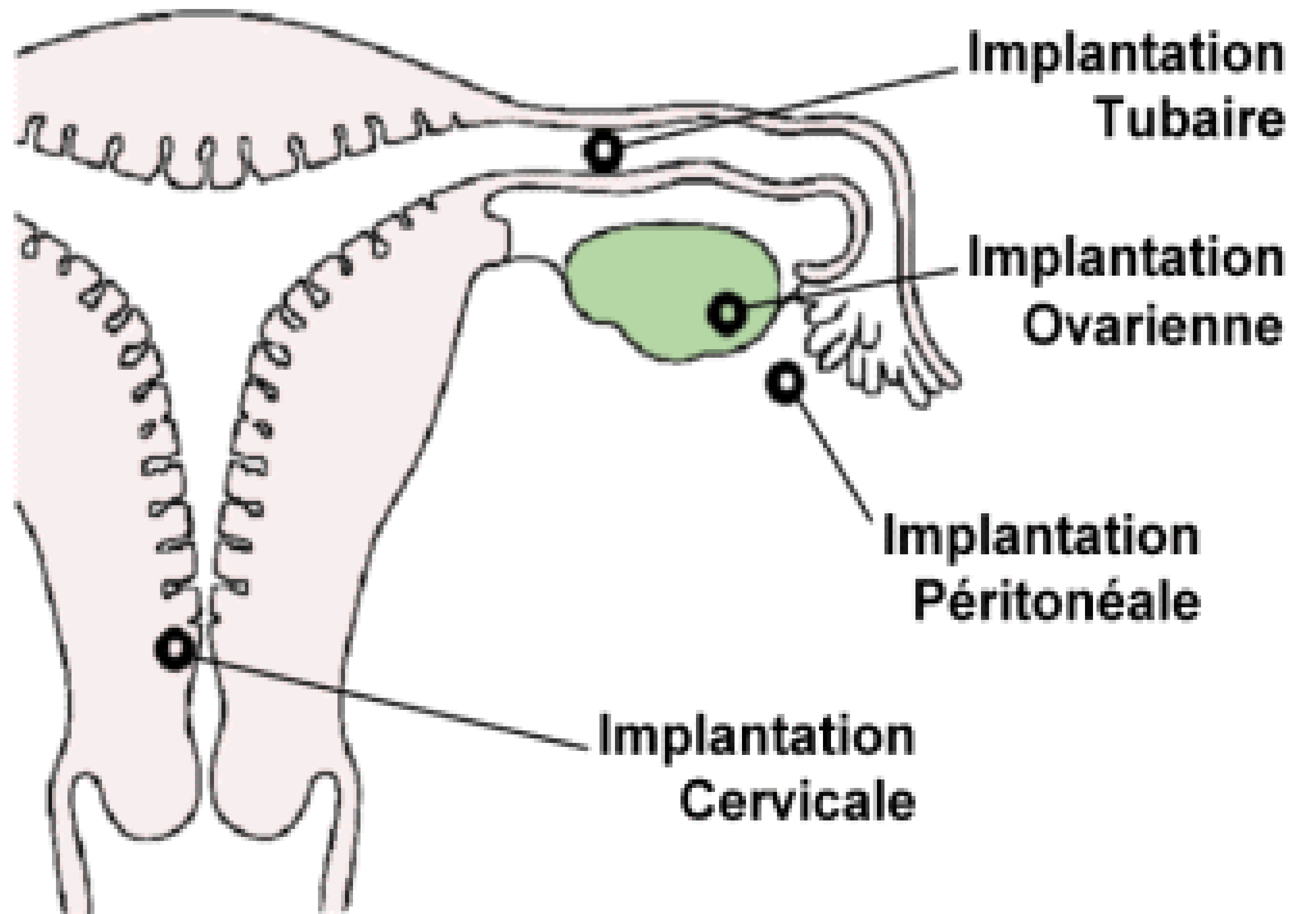
-Exposition in utero au distilbène

III. LOCALISATION :

Dans la grande majorité des cas 98% sont tubaires , 78% ampullaire, cette portion élastique et large permet une évolution plus longue

20% sont isthmiques se révèlent plus précocement , rarement interstiel

Plus rarement la GEU est abdominale, ovarienne, d'évolution prolongée parfois jusqu'à terme


Implantation
Tubaire
Implantation
Ovarienne
Implantation
Péritonéale
Implantation
Cervicale

IV. CLINIQUE

A. forme typique GEU ampullaire jeune non rompue

1. motif de consultation :

retard de règle

métrorragies minimes distillantes sépia

douleur pelvienne à type de pesanteur vers les OGE ; souvent unilatéral

vertige, lipothymie ; parfois tendance syncopale

métrorragie sans aménorrhée avec FDR , évoquer la GEU

l'interrogatoire recherchera les FDR

2. signes physiques :

signes généraux :l'examen général(pouls, température, TA)est souvent normal

Signes physiques :à la palpation : douleur provoquée au niveau de la FID ou hypogastre

Spéculum : col violacé gravide, saignement endo utérin

TV combiné au PA : classiquement retrouve un utérus de taille plus petite que ne le voudrai l'aménorrhée , une masse latéro utérine sensible indépendante de l'utérus, mal limitée : petite chose de mandor

B. formes trompeuses :

1.forme pseudo abortive :

cette forme mime une fausse couche, avec métrorragie abondante et coliques expulsives

Dg redressé à l' anapath

2.Forme pseudo-salpingitique :

Associe: douleurs pelviennes, hyperthermie , masse latéro utérine fixée et douloureuse , sans leucorrhée ni cervicite

Examen : FNS + hyperleucocytose

C. formes cliniques :

1. Formes compliquées :

❖ ***GEU rompues*** **:**

état de choc hemoragique

Avec inondation péritonéale

Signes généraux : pouls filant, tachycardie, TA imprenable, trouble de la conscience

Signes fonctionnel : douleur brutale, syncopale

Signes physique : syndrome péritonéal net avec abdomen hyper algique, défense, cri du douglas au TV

Culdocentèse : sang noir incoagulable

❖**ABRT tubo abdominal :**

Signes fonctionnels : douleur pelvienne, métrorragie, vertiges

Signes d'anémie et signes de résorption sanguine (sub ictère, fébricule)

Signes physique :masse latéro utérine importante

Cul de sac de douglas : sensible et empâté

Coelio : trompe volumineuse, violacée avec un pavillon qui accouche de caillots de sang

❖Hématocèle : GEU chronique :

Signes fonctionnels : douleur abdominale exacérbée à la marche, à la miction et à la défécation avec épreinte et ténesme

Signes physique :TV+PA : volumineuse masse à limite imprécise, sensible, de consistance variable comblant le douglas

L'hématocèle semble survenir après une rupture tubaire à bas bruit ou un ABRT tubo abdominal

NB : dans un cas sur deux les B HCG sont négatifs

2.Formes selon la localisation de la GEU :

- ❖Grossesse ovarienne : dg difficile, le plus svt anapath
- ❖Grossesse isthmique : rupture précoce, cataclysmique
- ❖Grossesse interstitiel : rupture tardive
- ❖Grossesse infundibulaire : ABRT tuboabdominal
- ❖Grossesse intra abdominale : douleur avec météorisme important , arrivée à terme : faux travail, svt mort fœtale

l’évolution se fait soit vers les complications : occlusion, infections, soit lithopédion

- ❖Grossesse cervicale: rare; de mauvais pronostic

3. Autres formes:

Forme hétérotopique **: rarement spontanées, + fréquentes si FIV, le traitement est compliqué par soucis de préserver la GIU**

GEU après hystérectomie **: des les jours qui suivent mais aussi des années après hystérectomie**

GEU bilatérale **: doit être évoquée si échec au traitement chirurgical**

V. PARACLINIQUE :

1.Dosage quantitatif de l' HCG :

Plus que le taux , c'est la cinétique des B HCG qui a un intérêt diagnostic

Le temps de dédoublement des B HCG est de 48h dans la plus part des grossesse évolutives

Le seuil de discrimination : grâce à l'écho endovaginale, le diagnostic de GEU est porté si une GIU n'est pas visible pour un taux de 1500UI

En dessous de ce seuil, il faut :

-Une diminution de plus de 50% : fausse couche, répéter le taux de B HCG à j2 puis j4

-Augmentation de + de 50% : GIU possible

-Une augmentation ou diminution inférieur à 50% : GEU probable

Valeur : B HCG et risque de rupture tubaire : le risque n'est pas lié au taux de B HCG, il peut exister un taux de 10 à 190000 UI/L

2.Progéstéronemie :

Se distingue des B HCG par : relativement stable les 8 première semaine de grossesse, sa demi vie est courte (10 min)

Il est actuellement impossible de proposer un seuil qui mette la patiente à l'abris d'une erreur diagnostic

Marque de vitalité ovulaire (GEU si inférieur à 20 ng /ml)

3.Écho endovaginale :

de première intention :

Signes directs :

Masse annéxielle : l'exploration doit commencer par le repérage des ovaires et du corps jaune

La GEU est situé dans 85% du coté du CJ

Il peut s'agir :

Un sac gestationnel avec embryon et AC +

Sac vide d'écho entouré d'une paroie épaisse

Image arrondie ou ovalaire anéchogéne entouré d'une couronne

Image anéchogéne hétérogène peu spécifique mais très suspecte dans le contexte

Hématosalpinx : image hétérogène situé dans l'axe de la trompe

Hématocèle : image anéchogéne , hétérogène complexe située dans le douglas

Signes indirects

Vacuité utérine : un sac gestationnel intra utérin est normalement visible à la 5 eme SA en endovaginale pour une seuil à 1500UI/ml

Cependant l'existence d'un SGIU expose à 2 piége qu'il faut savoir éviter :

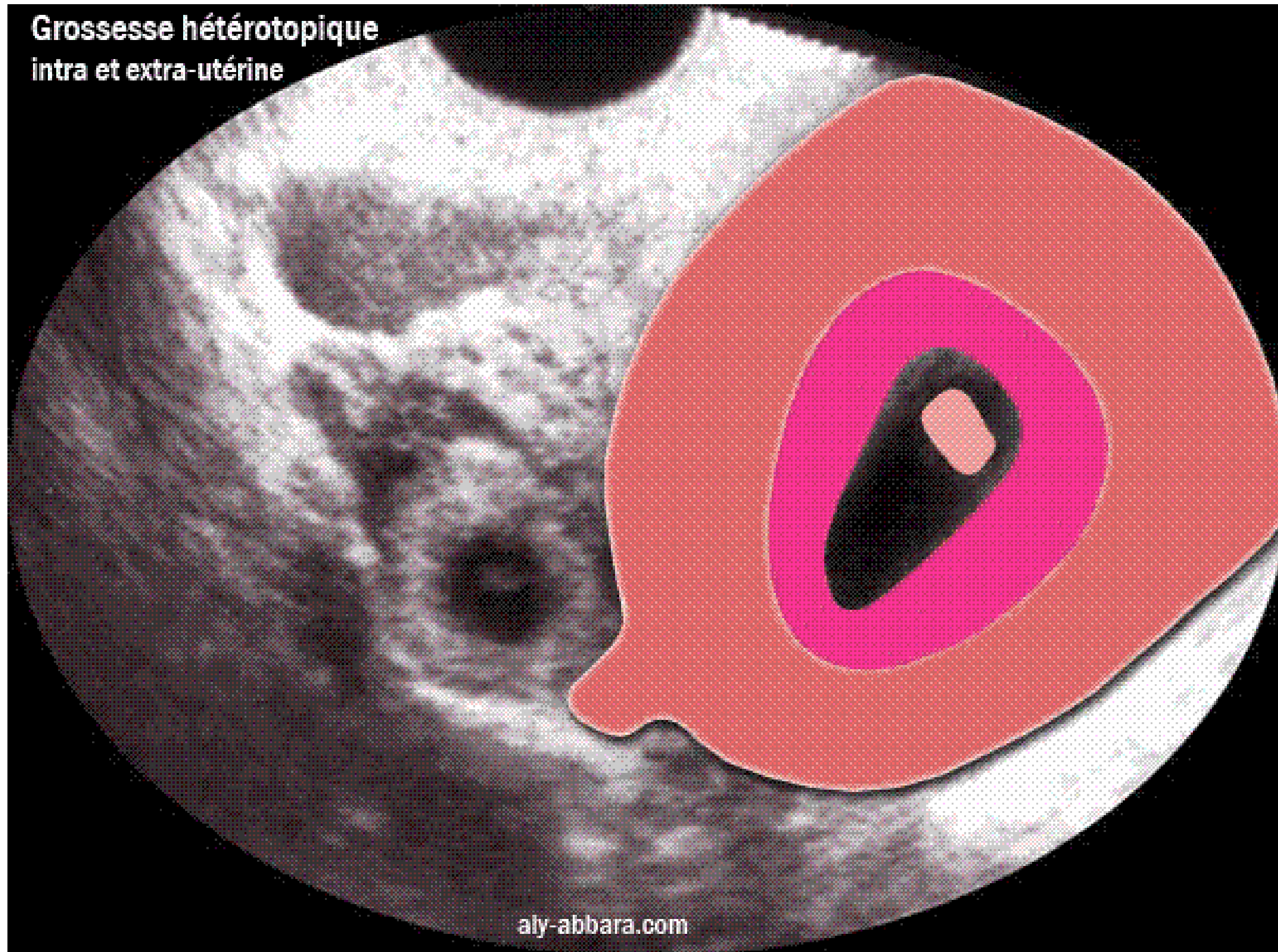
La grossesse hétérotopique

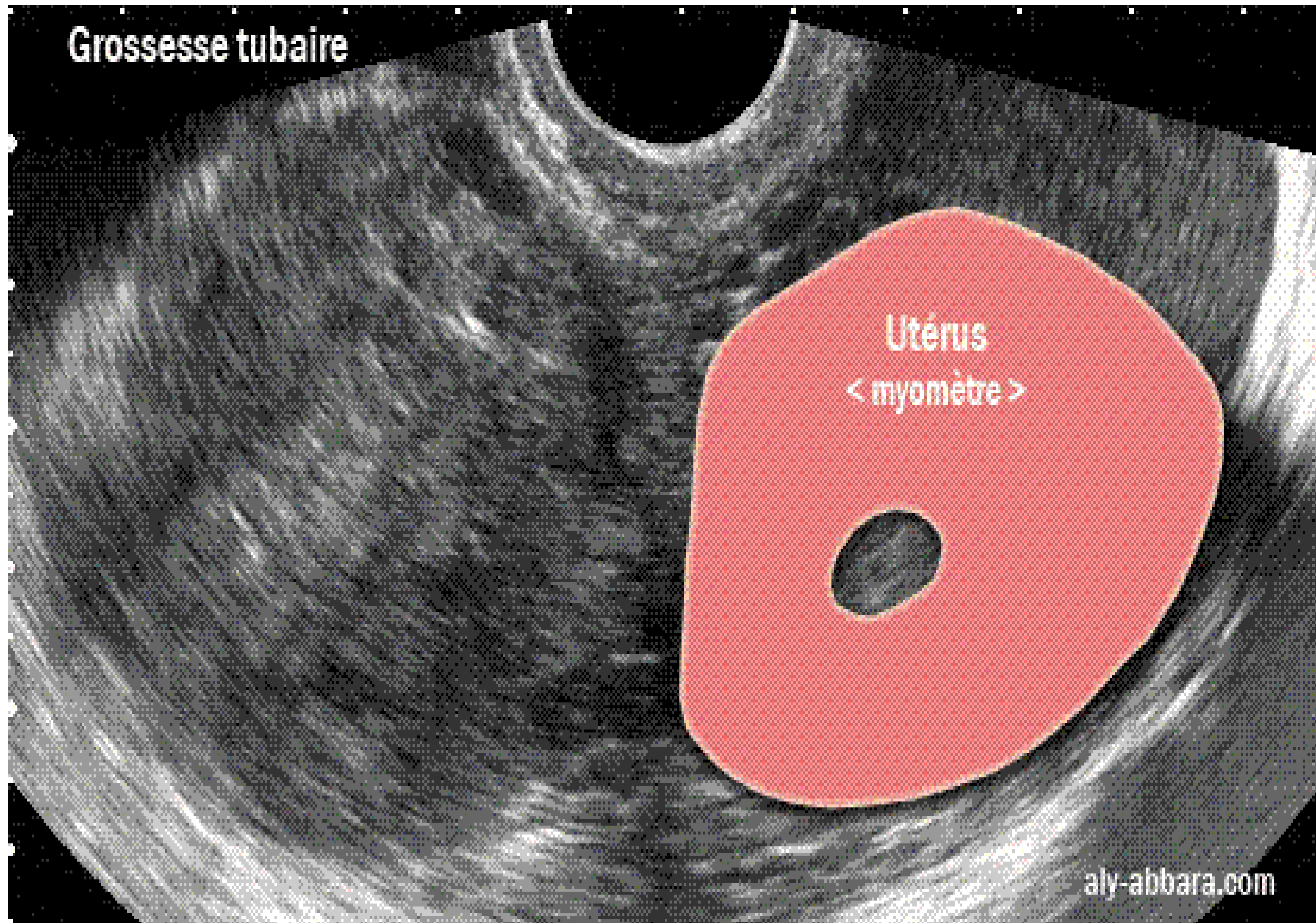
Le pseudo sac gestationnel : image anéchogéne de quelque mm, à limites peu nettes :c est une décidualisation de l'endomètre et hémorragie endocavitaire

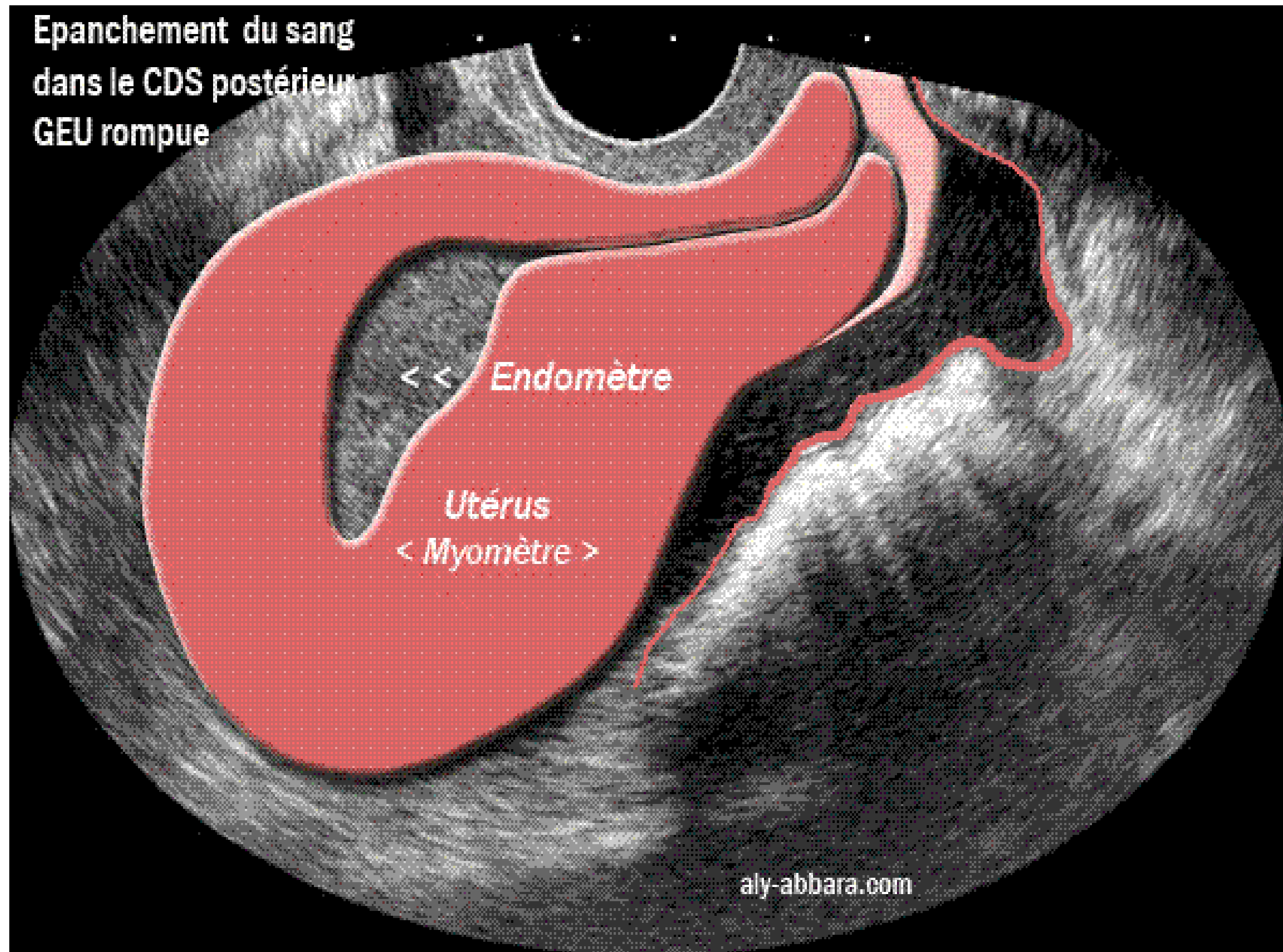
Se présente comme image médio cavitaire sans couronne trophoblastique

Epenchement péritonéal : image anéchogéne de taille variable , le plus souvent limité au douglas

Une écho normale : ne permet pas d'exclure le diagnostic de GEU quand les BHCG sont positifs, faudra répéter les examens


Grossesse hétérotopique
intra et extra-utérine
aly-abbara.com


Grossesse tubaire
Utérus
< myomètre >
aly-abbara.com


Epanchement du sang
dans le CDS postérieur
GEU rompue
<< Endomètre
Utérus
< Myomètre >
aly-abbara.com


Grossesse cervicale postérieure sous forme
d'un amas de trophoblaste entouré
d'une réaction inflammatoire
Utérus
aly-abbara.com

4.Culdocentése :

Autrefois pour le diagnostic de l hémoprotéine, actuellement l'écho

5.IRM :

Semble être la seule technique qui permet de dater l 'hématosalpinx

Cependant les résultats obtenus à ce jour ne permettent pas de justifier son surcoût

6.Coelioscopie : diagnostique : n'est plus indispensable pour le diagnostic, intérêt dans le traitement

7.Doppler : dans la GEU augmentation du flux tubaire

Dans l'endomètre :

si présence de flux artériel : GEU peu probable

GIU s'il y diminution des résistance au niveau des artères utérines spiralées

TRAITEMENT :

A. objectifs :

Supprimer la GEU

Réduire au max la morbidité thérapeutique

Limiter les risque de récidives

Préserver la fertilité

B. moyens :

B.1. Abstention :

10 à 25% des GEU guérissent spontanément

Évite la prise en charge erronée des formes présentant une fausse couche spontanée

B.2.Traitement médical :

Méthotréxate :

antagoniste de l'acide folique, inhibe la multiplication

Traitement par injection multiples : 1 mg/kg à j0 j2 j4 j6

Actuellement peu utilise en raison de sa toxicité

Traitement par injection unique : 50mg/m2 en IM à j1 avec dose de l' HCG à j4 et à j7 puis une fois par semaine jusqu'à négativation

Échec définie si diminution des BHCG de 15 % à j7 par rapport à j4

Une deuxième injection peut être alors réalisée

Traitement par injection in situ de MTX ; echoguidé de 100mg

Bilan pré thérapeutique : FNS

Bilan hépatique : TGO TGP BRB phosphatase TP

Effets secondaires :

Accidents graves : myelotoxicité

Hépato toxicité

Fibrose secondaire

Accidents mineurs : conjonctivite, diarrhée, nausée, vomissements, cytolyse hépatique, cystite

Autres actuellement abondonées :injection in situ de PGF2

Chlorure de K+

Glucose hyper osmotique à 50%

B.3.Traitement chirurgicale

comprend toujours deux temps : toilette péritonéale et exploration pelvienne

- **<u>2 modalités</u> :**

Laparotomie :

-indiqué si :

État hémodynamique instable

CI à la coelio (patiente multi opérée, risque de syndrome adhérentiel majeur, technique non maîtrisée par l'opérateur)

-Modalité :

<u>conservateur :</u> salpingotomie

Expression tubaire

Résection tubaire segmentaire

<u>Radical :</u>

Salpingectomie

Annexectomie : si GEU ovarienne ; on favorise la résection partielle

Cœlio chirurgie : actuellement trt de référence de la GEU: Deux modalités :

Conservateur: Salpingotomie réalisée à la mono polaire

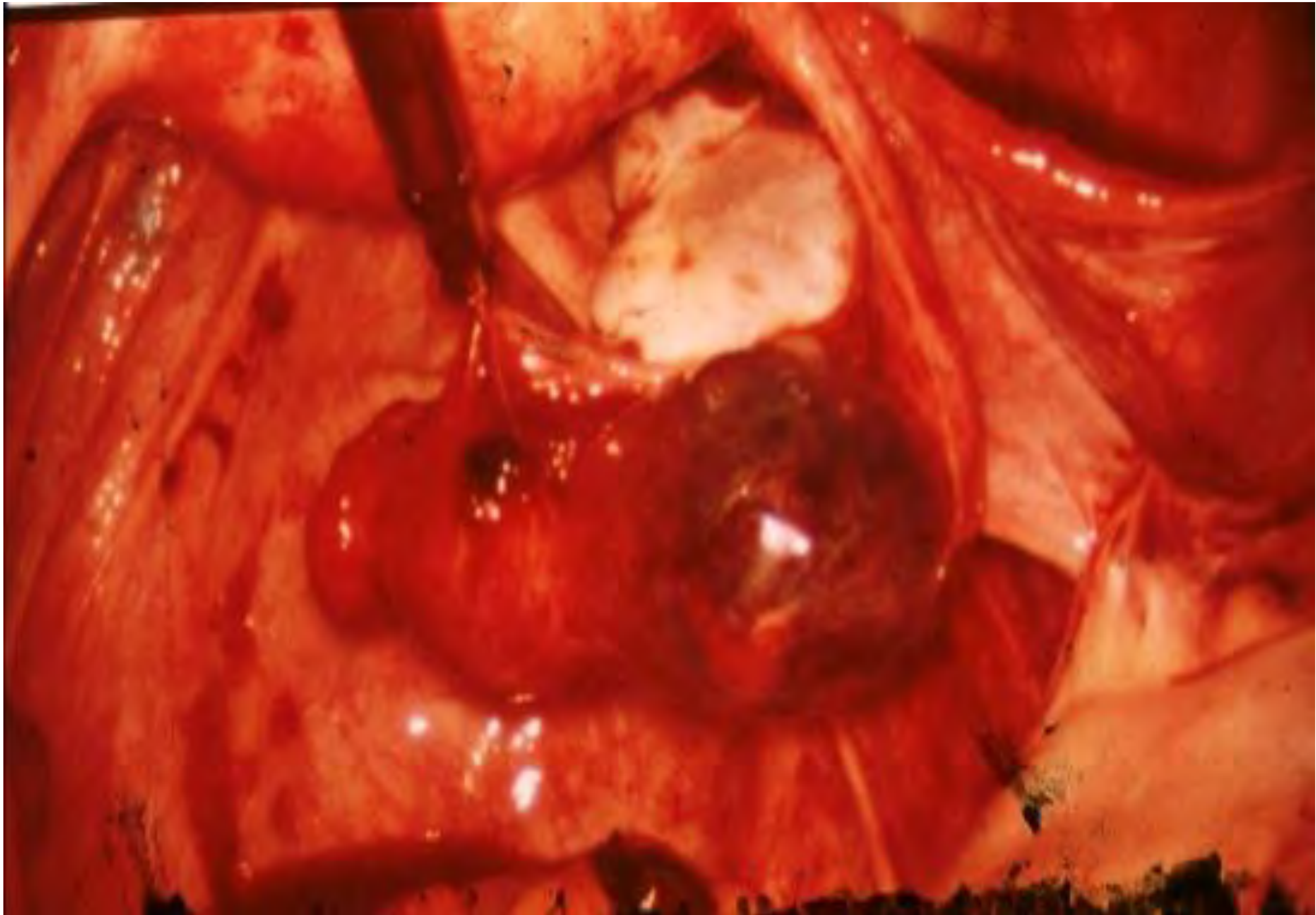
Radicale : Salpingectomie réalisée à la bipolaire

❖ **Surveillance du trt chirurgical :**

Traitement conservateur avec risque de persistance du trophoblaste :en Post op. : BHCG 48h après : si diminution 15% : arrêter la surveillance, si persistance : MTX

Traitement radical : inutile sauf si greffe trophoblastique péritonéale observée, BHCG 15 J après intervention


aly-abbara.com



C. INDICATION ET CONTRE INDICATION

Abstention **:indication:** patiente pauci symptomatique

Masse inférieur à 3 cm

GEU non évolutive

B HCG inf à 1000ui

Décroissance spontanée des B HCG

Traitement médical :

Contre indications :

Absence de compliance au suivi

État hémodynamique instable

ATCD de GEU homolatéral

Epenchement extra pelvien à l'écho

CI au MTX : anomalie du bilan hépatique, du bilan rénal, thrombopénie inf à 100000, leucopénie inf à 2000, anémie

Indication du TRT médical :

GEU pauci symptomatique

GEU non visible à l'écho

GEU peu évolutive : AC négative, B HCG inf à 5000UI/l ; hémoperitoine inf à 100ml

Cas particulier : GEU sur trompe unique, GEU interstitielle

Score de Fernandez inf ou égale à 13

	1	2	3
Terme en J	> 49	≤49	≤42
B HCG	≤ 1000	≤5000	>5000
progesteronemie	≤ 05	≤10	>10
douleurs	00	Provoquée	spontanée
hematosalpinx	≤01	≤03	>03
hémoperitoine	≤10	≤100	>100

SCORE DE FERNANDEZ

Traitement chirurgical :

Indication :

Rupture tubaire

GEU active (B HCG sup. à 10.000, AC positive)

GEU hétérotopique

Patiente non compliante

Récidive homolatérale de GEU

Si coelio diagnostic est nécessaire

Indication de Salpingectomie :

Saignement incontrôlable

Récidive homolatérale de GEU

Femme ne désirant plus de grossesse

Hématosalpinx sup. à 6 cm

Trompe controlatérale saine

Indication du traitement conservateur

Femme jeune nulligeste

Trompe gravide permettant une conservation

Le score de BRUHAT peut aider à choisir entre trt radical et conservateur

Localisation:

- Pavillon 1
- Ampoule 0
- Isthme 1

ATCD :

- Stérilité 2
- GEU 2
- Plastie tubaire 3

Trompe uniques:

- Salpingectomie ant 2
- Trompe controlatérale obstruée 2
- GEU bilatérale récidivante 1
- Rupture de la trompe 1

Inférieur à 5 : traitement conservateur

Supérieur à 5 : traitement radicale

PRONOSTIC

La GEU est une cause de morbidité maternelle

La récidive est fréquente avec 30% de stérilité

CONCLUSION

La GEU est de plus en plus fréquente , ,toujours grave

Première cause de mortalité maternelle au T1

Geneant la fertilité des parents

Son diagnostic repose sur le couple B HCG écho endovaginale

Sa prise en charge est bien codifié elle fait appel à un large arsenal thérapeutique

Actuellement son traitement chirurgical est coelioscopique sauf CI